|  |  |
| --- | --- |
| BOYUT | KURUMSAL HİZMETLER |
| BÖLÜM | KURUMSAL YAPI |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KKU01 | Hastanenin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| KKU02 | Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| KKU03 | Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KKU04(ÇEKİRDEK) | Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKU05 | Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KKU06 | Klinik yönetişim ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| KKU07 | Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KKU08 | Hastanenin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | KALİTE YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KKY01(ÇEKİRDEK) | Hastane kalite politikası oluşturulmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKY02(ÇEKİRDEK) | Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKY03(ÇEKİRDEK) | SKS’nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir. |  |  |  | 50 |
| KKY04(ÇEKİRDEK) | SKS’ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKY05 | Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KKY06 | Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır. |  |  |  | 40 |
| KKY07(ÇEKİRDEK) | Hasta güvenliği komitesi bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKY08(ÇEKİRDEK) | Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKY09(ÇEKİRDEK) | Eğitim komitesi bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKY10(ÇEKİRDEK) | Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KKY11 | Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. |  |  |  | 10 |
| KKY12 | Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KKY13 | Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.  |  |  |  | 30 |
| KKY14 | Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır. |  |  |  | 10 |
| BÖLÜM | DOKÜMAN YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KDY01 | Hastanede kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KDY02 | Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar güncel olmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KDY03 | Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 10 |
| KDY04 | Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 10 |
| KDY05 | Fiziksel ya da elektronik imzalı dokümanların arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 10 |
| BÖLÜM | RİSK YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KRY01(ÇEKİRDEK) | Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KRY02(ÇEKİRDEK) | Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KRY03(ÇEKİRDEK) | Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir. |  |  |  | 50 |
| KRY04(ÇEKİRDEK) | Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KRY05 | Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | KURUMSAL VERİMLİLİK |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KKV01 | Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| KKV02 | Verimlilik ölçümleri bir plan dahilinde gerçekleştirilmelidir. |  |  |  | 30 |
| KKV03 | Verimlilik ölçümü yapılacak alanlar ile ölçüm metodları tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KKV04 | Belirlenen her bir konu başlığı ile ilgili mevcut durum analizi yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KKV05 | Verimliliğin arttırılmasına yönelik faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| BÖLÜM | İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KİO01(ÇEKİRDEK) | İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KİO02 | Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KİO03 | İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir. |  |  |  | 40 |
| KİO04(ÇEKİRDEK) | İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KİO05 | Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarla geri bildirimlerde bulunulmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KAD01 | Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD02 | Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD03 | Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD04 | Hastane acil durum plan krokileri bulunmalıdır. |  |  |  | 20 |
| KAD05 | Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD06 | Hastanede görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| KAD07(ÇEKİRDEK) | Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KAD08 | Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD09 | Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD10 | Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD11 | Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KAD12(ÇEKİRDEK) | Hastane, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KAD13(ÇEKİRDEK) | Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| KAD014(ÇEKİRDEK) | Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BÖLÜM | EĞİTİM YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KEY01 | Hastanede, hasta, hasta yakını ve çalışan bazında eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| KEY02 | Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır. |  |  |  | 30 |
| KEY03 | Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| KEY04 | Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir |  |  |  | 30 |
| KEY05 | Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. |  |  |  | 30 |
| KEY06(ÇEKİRDEK) | Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BÖLÜM | SOSYAL SORUMLULUK |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| KSS01 | Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir. |  |  |  | 30 |
| KSS02 | Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| KSS03 | Uzun süreli yatışı söz konusu olan çocuk hastaların ilköğretim seviyesindeki eğitimlerinin kurum içinde sürdürülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| BOYUT | HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER |
| BÖLÜM | HASTA DENEYİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| HHD01(ÇEKİRDEK) | Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir. |  |  |  | 50 |
| HHD02(ÇEKİRDEK) | Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| HHD03 | Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir. |  |  |  | 30 |
| HHD04 | Hasta ve yakınlarının hastane bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir. |  |  |  | 30 |
| HHD05(ÇEKİRDEK) | Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| HHD06(ÇEKİRDEK) | Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| HHD07(ÇEKİRDEK) | Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| HHD08 | Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir. |  |  |  | 20 |
| HHD09 | Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir. |  |  |  | 30 |
| HH10 | Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| HHD11 | Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HHD12 | Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 20 |
| HHD13 | Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 20 |
| HHD14 | Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir. |  |  |  | 20 |
| BÖLÜM | HİZMETE ERİŞİM |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| HHE01 | Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere hastanede karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| HHE02 | Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır. |  |  |  | 20 |
| HHE03 | Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.  |  |  |  | 30 |
| HHE04 | Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HHE05 | Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | YAŞAM SONU HİZMETLER |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| HYS01 | Yaşam sonu hizmetlere ilişkin süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HYS02 | Yaşam sonu hizmetler kapsamında cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HYS03 | Morga teslim edilmeden önce ve taşınması sırasında cenazenin mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HYS04 | Cenazenin taşınması ve muhafazasına yönelik gerekli fiziki düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HYS05 | Morg işleyişine yönelik süreçler izlenebilir olmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HYS06 | Morg süreçleri enfeksiyonların önlenmesi açısından düzenlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| HYS07 | Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HYS08 | Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| HSÇ01 | İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HSÇ02 | İnsan kaynakları ihtiyaçlar doğrultusunda, hastane personel temin planı oluşturulmalıdır. |  |  |  | 10 |
| HSÇ03 | Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| HSÇ04(OPSİYONEL) | Sağlık çalışanlarının performanslarını ölçmeye yönelik kriterler belirlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| HSÇ05 | Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| HSÇ06(ÇEKİRDEK) | Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| HSÇ07(ÇEKİRDEK) | Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| HSÇ08(ÇEKİRDEK) | Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| HSÇ09 | Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkanlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| HSÇ10 | Personelin sağlık durumlarına ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| HSÇ11 | Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir. |  |  |  | 30 |
| HSÇ12 | Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BOYUT | HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER |
| BÖLÜM | HASTA DENEYİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SHB01 | Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB02 | Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı ve tedaviye yönelik plan hastane tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB03(ÇEKİRDEK) | Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. |  |  |  | 50 |
| SHB04(ÇEKİRDEK) | Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir. |  |  |  | 50 |
| SHB05 | Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SHB06 | Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SHB07(ÇEKİRDEK) | Hastaların tıbbi beslenme sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB08(ÇEKİRDEK) | Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB09(ÇEKİRDEK) | Basınç yarasının kontrolü ve önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB10 | Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB11 | Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB12(ÇEKİRDEK) | Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB13 | Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SHB14 | Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB15(ÇEKİRDEK) | Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB16 | Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SHB17 | Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB18(ÇEKİRDEK) | Hastaların düşme risk düzeylerinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB19(ÇEKİRDEK) | Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB20 | Kendine ve başkasına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB21 | Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| 50SHB22(ÇEKİRDEK) | Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SHB23 | Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB24 | Hastane çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SHB25 | Yatan hastanın ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| SHB26(ÇEKİRDEK) | Yanık tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BÖLÜM | İLAÇ YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SİY01 | İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY02(OPSİYONEL) | Hastane formülleri oluşturulmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SİY03 | İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY04(ÇEKİRDEK) | İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SİY05(ÇEKİRDEK) | İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir. |  |  |  | 50 |
| SİY06 | İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY07 | İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY08(ÇEKİRDEK) | İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SİY09 | Advers etki bildirimi (farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SİY10 | Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY11 | Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY12 | Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY13 | Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 10 |
| SİY14 | İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SİY15 | İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SEN01(ÇEKİRDEK) | Hastane enfeksiyon kontrol komitesi kurulmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SEN02 | Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SEN03 | Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SEN04(ÇEKİRDEK) | Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetleri oluşturulmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SEN05 | Sağlık çalışanlarının enfeksiyonların önlenmesine yönelik kontrol demetlerine uyum düzeyi izlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SEN06 | Hastane el hijyeni politikası tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SEN07(ÇEKİRDEK) | Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir. |  |  |  | 50 |
| SEN08 | Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SEN09 | Personelin el hijyeni bilinci ve uygulama düzeyi ölçülmelidir. |  |  |  | 40 |
| SEN10(ÇEKİRDEK) | Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir. |  |  |  | 50 |
| SEN11(ÇEKİRDEK) | İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SEN12(ÇEKİRDEK) | Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SEN13 | Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| SEN14 | Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir. |  |  |  | 40 |
| BÖLÜM | TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SDS01(ÇEKİRDEK) | Hastane temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDS02 | Hastanede gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir. |  |  |  | 40 |
| SDS03 | Hastanede kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SDS04 | Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SDS05(ÇEKİRDEK) | Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDS06 | Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SDS07 | Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SDS08 | Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SDS09 | Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SDS10(ÇEKİRDEK) | Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDS11 | Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SDS12 | Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir. |  |  |  | 40 |
| SDS13 | Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SDS14(ÇEKİRDEK) | Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDS15(ÇEKİRDEK) | Hastanede kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BÖLÜM | TRANSFÜZYON HİZMETLERİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| STH01 | Transfüzyon hizmet süreçleri ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| STH02 | Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| STH03(ÇEKİRDEK) | Kan ve kan bileşenlerinin güvenli bir şekilde hazırlanması sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| STH04(ÇEKİRDEK) | Kan ve kan bileşenleri uygun şekilde muhafaza edilmelidir. |  |  |  | 50 |
| STH05 | Kan ve kan bileşenleri istem süreçleri tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| STH06 | Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| STH07(ÇEKİRDEK) | Transfüzyon sürecinde hasta güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| STH08 | Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| STH09 | Kan ve kan bileşenlerinin imhasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 20 |
| BÖLÜM | RADYASYON GÜVENLİĞİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SRG01 | Radyasyon güvenliği komitesi kurulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SRG02 | Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SRG03(ÇEKİRDEK) | Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SRG04 | Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemlerinin, yapıldığı alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SRG05 | Yüksek manyetik alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SRG06 | Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konfor ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SRG07(ÇEKİRDEK) | Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SRG08 | Hasta ve hasta yakınını, özellikli radyolojik tetkik ve girişimler ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SRG09(ÇEKİRDEK) | Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SRG10(ÇEKİRDEK) | Radyasyon yayan cihazlar ile yapılan girişimsel işlemlerde hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre izlenmelidir. |  |  |  | 50 |
| SRG11(ÇEKİRDEK) | Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SRG12(ÇEKİRDEK) | Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SRG13 | Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarına yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| SRG14 | Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| SRG15 | Radyoaktif kaynakların bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp) kaynağın güvenliğini sağlamaya ve güvenli kullanımına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SRG16(ÇEKİRDEK) | Nükleer tıp uygulamalarına özgü uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SRG17(ÇEKİRDEK) | Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SRG18(ÇEKİRDEK) | Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BÖLÜM | ACİL SERVİS |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SAS01 | Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SAS02 | Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SAS03 | Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SAS04 | Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SAS05 | Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SAS06 | Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SAS07(ÇEKİRDEK) | Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalı ve HBYS üzerinden takip edilebilmelidir. |  |  |  | 50 |
| SAS08 | Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SAS09(ÇEKİRDEK) | Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SAS10 | Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| SAS11 | Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SAS12(ÇEKİRDEK) | Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SAS13 | Acil servis ilgili personeline KPR (kardiyo pulmoner resüsitasyon) eğitimi verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| SAS14 | Hastane dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | AMELİYATHANE |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SAH01 | Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| SAH02 | Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SAH03 | Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SAH04 | Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SAH05 | Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SAH06 | Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SAH07(ÇEKİRDEK) | Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SAH08(ÇEKİRDEK) | Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SAH09 | Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SAH10(ÇEKİRDEK) | Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SAH11 | Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (TV, monitör gibi) bulunmalıdır. |  |  |  | 20 |
| BÖLÜM | YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SYB01 | Yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SYB02 | Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SYB03 | Her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SYB04(ÇEKİRDEK) | Hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SYB05 | Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SYB06 | Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SYB07 | Gürültü kontrolü sağlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SYB08(ÇEKİRDEK) | Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. |  |  |  | 50 |
| SYB09(ÇEKİRDEK) | Hastalar, sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir. |  |  |  | 50 |
| SYB10(ÇEKİRDEK) | Hastaların transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SYB11 | Yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir. |  |  |  | 20 |
| SYB12 | Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SYB13(OPSİYONEL) | Çocuk hastalara hizmet verilen yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakım modeli uygulanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| BÖLÜM | DOĞUM HİZMETLERİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SDH01 | Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SDH02 | Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SDH03(ÇEKİRDEK) | Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDH04 | Doğum eylemini izlemeye yönelik güvenli doğum süreci kontrol listesi kullanılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SDH05(ÇEKİRDEK) | Yenidoğan bebeğin izlenimine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDH06 | Doğum sürecinde gebe yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (TV, monitör gibi) bulunmalıdır. |  |  |  | 20 |
| SDH07 | Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir. |  |  |  | 40 |
| BÖLÜM | DİYALİZ ÜNİTESİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SDİ01 | Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| SDİ02 | Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SDİ03 | Tıbbi cihaz ve donanıma yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SDİ04(ÇEKİRDEK) | Diyaliz ünitesinde görev yapan sağlık çalışanları uygun mesleki unvana veya sertifikaya sahip olmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDİ05(ÇEKİRDEK) | Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. |  |  |  | 50 |
| SDİ06(ÇEKİRDEK) | Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDİ07(ÇEKİRDEK) | Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDİ08(ÇEKİRDEK) | Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibi etkin şekilde yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDİ09 | Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir. |  |  |  | 30 |
| SDİ10 | Hasta ve yakınları organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidirler. |  |  |  | 30 |
| SDİ11(ÇEKİRDEK) | Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDİ12(ÇEKİRDEK) | Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDİ13(ÇEKİRDEK) | Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SDİ14 | Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| SDİ15 | Diyaliz hizmetleri ile ilgili veriler bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına kaydedilmelidir. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | BİYOKİMYA LABORATUVARI |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SBL01 | Biyokimya hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yürütülmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir. |  |  |  | 30 |
| SBL02(ÇEKİRDEK) | Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SBL03(ÇEKİRDEK) | Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir. |  |  |  | 50 |
| SBL04 | Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SBL05 | Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SBL06(ÇEKİRDEK) | Laboratuvar testlerini iç kalite kontrol testleri yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SBL07(ÇEKİRDEK) | Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SBL08(OPSİYONEL) | Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SBL09(OPSİYONEL) | Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir. |  |  |  | 40 |
| SBL10 | Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SBL11 | Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| SBL12(ÇEKİRDEK) | Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| SBL13 | Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir. |  |  |  | 20 |
| SBL14 | Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SBL15 | Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| SES01 | Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SES02 | Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| SES03 | Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. |  |  |  | 40 |
| SES04 | Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| SES05 | Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SES06 | Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SES07 | Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| SES08 | Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır. |  |  |  | 40 |
| SES09 | Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| SES10 | Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde hastaneye transferi sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BOYUT | DESTEK HİZMETLER |
| BÖLÜM | TESİS YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| DTY01 | Bina turları yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DTY02 | Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DTY03 | Hastane yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTY04(ÇEKİRDEK) | Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DTY05 | Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir. |  |  |  | 20 |
| DTY06 | Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTY07 | Çevre düzenlemesi yapılmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DTY08(ÇEKİRDEK) | Hastanede su, elektrik enerjisi, ısıtma-soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılabilecek alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir. |  |  |  | 50 |
| DTY09 | Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DTY10 | Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DTY11 | Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTY12 | Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DTY13 | Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTY14 | Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTY15 | Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTY16 | Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir. |  |  |  | 40 |
| BÖLÜM | OTELCİLİK HİZMETLERİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| DOH01 | Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DOH02 | Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DOH03 | Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DOH04 | Hastane bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DOH05 | Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DOH06 | Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DOH07(ÇEKİRDEK) | Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DOH08(OPSİYONEL) | Ayaktan tedavisi süreklilik arz eden (kemoterapi, radyoterapi gibi) hasta ve hasta yakınları için gerektiğinde konaklama hizmeti sunulmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DOH09 | Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DOH10 | Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DOH11(ÇEKİRDEK) | Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DOH12 | Hastane dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DOH13 | Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat ederek dağıtılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DOH14 | Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DOH15 | Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DOH16 | Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| DBY01 | Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin hastane politikası oluşturulmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DBY02 | Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DBY03 | Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir. |  |  |  | 30 |
| DBY04 | Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DBY05(ÇEKİRDEK) | Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DBY06 | HBYS’de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DBY07 | Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DBY08 | Sağlık bilgi yönetim sistemi (SBYS)’nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DBY09 | HBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DBY10(ÇEKİRDEK) | HBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DBY11 | Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DBY12 | Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DBY13(ÇEKİRDEK) | Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DBY14 | Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DBY15(ÇEKİRDEK) | Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DBY16 | Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DBY17(ÇEKİRDEK) | Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BÖLÜM | MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| DMC01 | Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DMC02 | Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC03 | Malzemelerim muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DMC04 | Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DMC05 | Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC06 | Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC07(ÇEKİRDEK) | Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DMC08 | Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DMC09 | Cihazları temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC10 | Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DMC11 | Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC12 | Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC13(ÇEKİRDEK) | Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DMC14 | Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DMC15 | Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC16 | Tıbbi cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DMC17 | Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DMC18(ÇEKİRDEK) | Hasta başı test cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BÖLÜM | TIBBİ KAYIT VE ARŞIV HİZMETLERİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| DTA01 | Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTA02 | Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. |  |  |  | 20 |
| DTA03 | Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTA04(ÇEKİRDEK) | Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ve standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DTA05 | Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DTA06 | Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DTA07 | Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | ATIK YÖNETİMİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| DAY01 | Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DAY02(ÇEKİRDEK) | Atık kaynağında ayrıştırılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| DAY03 | Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir. |  |  |  | 40 |
| DAY04 | Atıklar ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır. |  |  |  | 40 |
| DAY05 | Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir. |  |  |  | 30 |
| BÖLÜM | DIŞ KAYNAK KULLANIMI |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| DDK01 | Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| DDK02(ÇEKİRDEK) | Dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır. |  |  |  | 50 |
| BOYUT | GÖSTERGE YÖNETİMİ |
| BÖLÜM | GÖSTERGELERİN İZLENMESİ |
| KOD | STANDART | KARŞILIYOR | KISMEN KARŞILIYOR | KARŞILAMIYOR | PUAN |
| GGİ01(ÇEKİRDEK) | Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir. |  |  |  | 50 |
| GGİ02 | Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir. |  |  |  | 30 |
| GGİ03(ÇEKİRDEK) | Hastanede izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır. |  |  |  | 50 |
| GGİ04 | Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |  |  |  | 30 |
| GGİ05 | Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir. |  |  |  | 30 |
| GGİ06 | Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. |  |  |  | 30 |
| GGİ07 | Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına gönderilmelidir. |  |  |  | 30 |